

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 64

LES SUITES
DE
L'ENCEPHALOMYELITIS ÉPIDÉMIQUE
VIS-A-VIS
DES PENSIONS MILITAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1928

PAR

Édouard-Pierre CASTETS

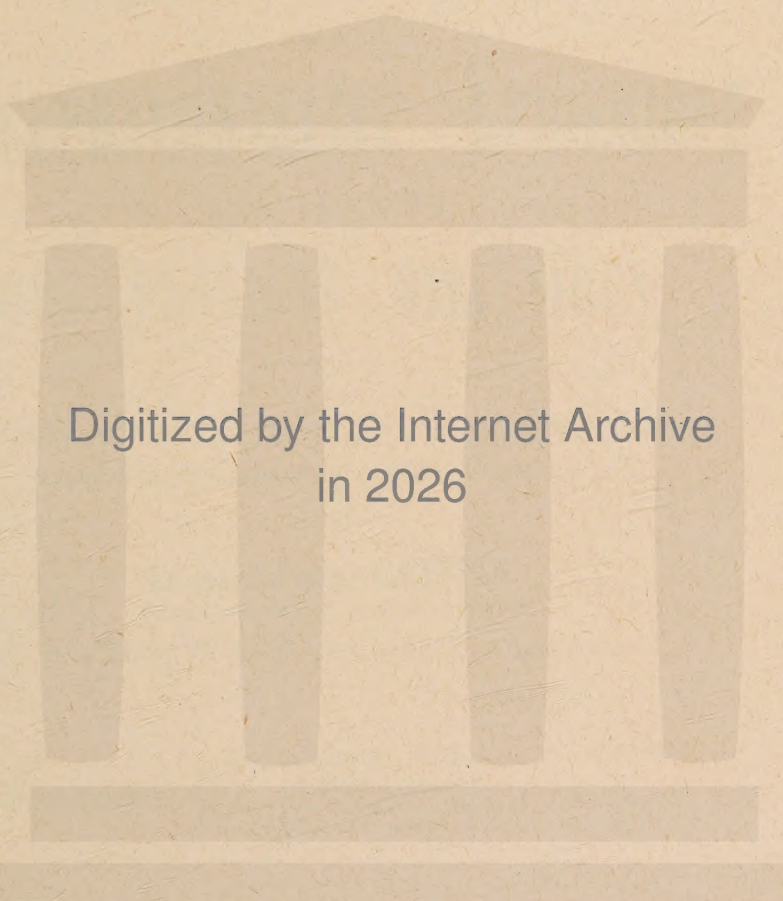
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MONT-DE-MARSAN (Landes), le 23 Août 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur	<i>Président.</i>
		PETGES, professeur	} <i>Juges.</i>
		DELAUNAY, professeur ..	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 64

LES SUITES
DE
L'ENCEPHALOMYELITE ÉPIDÉMIQUE
VIS-A-VIS
DES PENSIONS MILITAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1928



PAR

Édouard-Pierre CASTETS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MONT-DE-MARSAN (Landes), le 23 Août 1905

Examineurs de la Thèse

{	MM. CRUCHET, professeur	<i>Président.</i>
	PETGES, professeur	{ <i>Juges.</i>
	DELAUNAY, professeur ..	
	JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1928

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, BARTHE, LE DANTEC

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique . . .	TEULIÈRES.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	ROCHER.
id.	BEGOUIN.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique		Clinique médicale des mala-	
générales	CARLES.	dies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements . .	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DENIGES
Anatomie pathologique et mi-		Physique médicale et phar-	
croscopie clinique	SABRAZES.	maceutique	SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médecine coloniale et clin. des	BONNIN.
Anatomie générale et histolo-		maladies exotiques	
gie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cuta-	PETGES.
Physiologie	PACHON.	nées et syphilitiques	
Hygiène	ACHE.	Clinique des maladies des	DUVERGEY.
Médecine légale et déontolog.	LANDE.	voies urinaires.	
Electroradiologie et cliniq.		Clinique des maladies nerveu-	ABADIE.
d'électricité médicale	RECHOU.	ses et mentales	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Toxicologie et hygiène appli-	LABAT.
Pharmacie	DUPOUY.	quée	SELLIER
Zoologie et parasitologie . . .	MANDOUL.	Hydrologie thérapeutique et	
Médecine expérimentale	MAURIAC.	biologie	

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPRIE, (Médecine générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Maladies mentales	PERRENS.
Histologie	LACOSTE	Chirurgie générale	PAPIN.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	JEANNENEY
Parasitologie et sciences na-		id.	CHARRIER.
turelles	R. SIGALAS	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	FAUGÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Pharmacie	GOLSE.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphilogra-	
		phie	JOULIA.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Démonstrations et prépara-	
Médecine opératoire	PAPIN.	tions pharmaceutiques	N.
Clinique d'accouchements . .	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie . . .	R. SIGALAS.
Puériculture	N.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre			
et les infirmes.			MM. N.
Cours complémentaire annexe . — Prothèse et rééducation professionnelle . .			GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

*Que ce travail soit le gage
de toute mon affection.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Sincère reconnaissance filiale.

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MON ONCLE, A MA TANTE

*En reconnaissance des jours agréables
passés près d'eux.*

A MON COUSIN PAUL LABAT

Témoignage de ma profonde estime.

AU DOCTEUR ALBERT CHAPERT
ET A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ DE LA MARINE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉCION D'HONNEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS ABADIE, CESTAN,
EUZIÈRE, PERRENS, ROGER

A MESSIEURS LES DOCTEURS GALTIER,
LABUCHELLE, MAYET, MOLIN DE TEYSSIEU,
VOIVENEL

*Qui nous ont permis de faire ce modeste
travail et nous ont fait comprendre, par
l'empressement et la cordialité avec laquelle
ils nous ont documenté, la réelle sollicitude
que portent les maîtres aux élèves.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ CRUCHET
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
DES MALADIES DES ENFANTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous inspira notre thèse et voulut
bien nous conseiller. Hommage de respec-
tueuse reconnaissance.*

Introduction.

Le pays qui avait supporté une atroce guerre se devait de dédommager ses mutilés et ses malades qui portaient à jamais les stigmates des souffrances qu'ils avaient endurées en le défendant.

Sous l'instigation de M. le Professeur Cruchet, nous avons entrepris de rechercher ce que devenaient devant les conseils de réforme les malheureux soldats encéphalitisés pendant leur service et surtout à cette époque de la guerre et immédiatement postérieure à la guerre où l'encéphalomyélite épidémique était encore inconnue de la plupart des médecins.

L'encéphalomyélite a dû, en effet, exister de tout temps. Sous ce terme on peut faire rentrer toutes sortes de clonies décrites autrefois par divers auteurs (chorée de Dubini, vertige de Gerlier, etc.). Son aspect général change d'année en année.

Il est indéniable que pendant la guerre elle s'est manifestée sur un assez grand nombre de sujets, soit qu'on l'explique par l'alimentation : pain de guerre — riz décortiqué, haricot de Birmanie (théorie séduisante de Veillard); soit plus simplement par la fatigue et les privations.

C'est à Bar-le-Duc que M. le Professeur Cruchet a rassemblé les premiers cas. Il rédigeait, le 1^{er} avril 1917, une note à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sur « quarante cas d'encéphalomyélite subaiguë ». Il avait déjà observé deux cas de forme atypique d'encéphalomyélite à la fin de l'année 1915 à Commercy, cinq de décembre 1915

à février 1916 sous Verdun, et reprit ses recherches en avril 1916 à l'hôpital central de Bar-le-Duc.

A cette époque, on ignorait tout de la maladie qui fut divulguée soudain sous le nom d'Encéphalite léthargique.

Le professeur Euzière entre autres, en 1927, proposait la terminologie de « Maladie de Cruchet », vocable sous lequel, même sans l'employer habituellement, tout le monde aujourd'hui reconnaîtra l'encéphalomyélite épidémique. C'est le meilleur hommage qu'on puisse faire à celui qui, le premier, a bien montré sa caractéristique : le polymorphisme de son aspect clinique.

Ces notions se sont répandues peu à peu et longtemps après la guerre, si bien que très rares sont les diagnostics d'encéphalite chez les mobilisés.

La tâche des experts devant les conseils de réforme est donc bien ardue quand il s'agit en particulier d'un malade présentant des signes de parkinsonisme post-encéphalitique qui demande une pension; car il fait remonter l'origine de ses troubles à la période où il était sous les drapeaux.

Nous allons montrer, en citant des résumés de dossiers d'expertise grâce à l'obligeance des médecins eux-mêmes, la divergence des opinions due à la différence de la documentation et surtout des points de vue. Nous pouvons, avant d'aller plus loin, faire remarquer qu'on peut, en se basant uniquement sur l'étude des observations, distinguer trois cas :

- 1) Le diagnostic des séquelles n'est point fait, l'encéphalite est mise en doute;
- 2) L'encéphalite n'a pas été étiquetée et doit être recherchée rétrospectivement;
- 3) La névraxite est postérieure à la démobilisation, mais on met en cause la fatigue ou une maladie ayant débuté pendant le service.

Pour avoir une idée de l'importance des demandes de pension pour séquelles d'Encéphalite, citons la statistique donnée par le docteur Molin de Teyssieu : Pour la 18^e ré-

gion militaire (Bordeaux), sur deux mille huit cents demandes en huit ans, soixante dix-huit ont trait à l'Encéphalite et à ses suites (soit environ 3 %).

Nous ignorons combien ont obtenu une réponse favorable — d'ailleurs ce chiffre ne pourrait point signifier l'exacte vérité, car pour certains une bonne partie des malades a bénéficié de l'indulgence et du doute, tandis que d'autres, au contraire, feront remarquer qu'un plus grand nombre, très certainement, supportent leurs maux en silence par crainte des débats juridiques ou par ignorance de leur droit.

Il est indéniable qu'un certain nombre de sujets ont eu une atteinte d'encéphalomyélite pendant la guerre et avant ou immédiatement après leur démobilisation. Alors que les autres victimes voient leurs maux adoucis, les malheureux parkinsoniens ratatinés, enlisés dans une lenteur de plus en plus grande de leurs mouvements, véritables « Niobé » modernes, comme dit le docteur Voivenel, doivent-ils faire exception ?

Le triste sort qui attend souvent ceux qui ont été atteints de l'encéphalomyélite fait qu'ils nous ont semblé dignes d'intérêt, car, sans porter de blessures glorieuses, ils n'en souffrent pas moins souvent des maux pires.

Nous avons sous les yeux la lettre du docteur M. de La Clotte, qui soigne un malade dont l'histoire est évidemment lamentable : « Cloué sur son lit, tremblant aussi bien au repos que pendant les quelques mouvements volontaires qu'il peut encore faire, les membres supérieurs repliés devant la poitrine, ankylosés, les pouces enfermés dans la paume de la main, X... voit sa jeune femme obligée de le quitter pour aller gagner leur vie et celle de leur enfant », alors qu'il n'a pas encore trente ans.

La perte du billet d'hôpital avait fait refuser tout secours à X... Ce n'est que longtemps après que le rapport d'un docteur neurologiste de Bordeaux a, malgré l'absence de

la pièce d'origine, bien reconstitué sans aucun doute l'imputabilité.

Ces malheureux n'ont pas pour la plupart de dossier complet; il leur manque au moins le premier diagnostic, impossible à faire autrefois. Les experts appelés à reconstituer leur histoire doivent donc redoubler d'attention, car il ne faudrait pas faire supporter à ceux qui pourraient bénéficier de la loi elle-même l'ignorance des médecins qui n'ont connu l'encéphalomyélite épidémique sous toutes ses formes et n'en ont observé les séquelles que trop tard, du moins pour les victimes atteintes pendant la guerre, et qui ne savent pas encore la véritable origine de leurs misères.



PREMIERE PARTIE

Le diagnostic des séquelles n'est pas établi et est discuté.

Rares sont d'ailleurs les observations où on se trouve en présence d'un cas devant lequel les médecins discutent pour savoir s'il s'agit ou non de séquelles d'encéphalite.

I. — *Simulation.*

Nous avons relevé un cas dans lequel un ancien mobilisé ayant essayé de simuler, se voyait débouté de sa demande.

On comprend la rareté de ces essais quand on songe aux difficultés à surmonter pour s'imposer une pareille surveillance de soi-même.

Ce qui est peut-être plus fréquent, c'est l'exagération des symptômes, mais dans ce cas la lésion existe et l'intéressé, par un sentiment tout à fait humain, tâche d'obtenir une évaluation plus élevée.

II. — *Pithiatisme.*

Deux cas nous ont frappé.

Le premier est passé en janvier 1925 devant le conseil de réforme de Bordeaux :

OBSERVATION I

D... Claude, de Bordeaux, 31 ans.

A fait toute la campagne. Deux ans prisonnier en Allemagne;

a tremblé vingt jours après son retour en France (n'a jamais eu de fièvre) réformé 30 % en 1919 pour hémiparésie gauche d'origine pithiatique — pension augmentée à 80 % en août 1924 pour hémisindrome parkinsonien. A fait un séjour d'avril à juin 1924 dans le service du professeur Abadie.

La pension ne lui ayant pas été accordée, D... a fait appel.

Voici le résumé du rapport de l'expert, le docteur Molin de Teyssieu (22 janvier 1925) :

Actuellement : Gros tremblement côté gauche rappelant le tremblement pithiatique : grandes oscillations rapides, attitude demi-fléchie en avant. Ne tremble pas la nuit. Il ne paraît pas y avoir une diminution nette de la force. Quelques minutes après le réveil, peut arrêter son tremblement en tenant un point fixe. Pas de bradykinésie.

Conclusions. — Hémitremblement gauche à grandes oscillations, s'exagérant avec les mouvements volontaires et les émotions. Pas de symptômes objectifs d'atteinte du système nerveux central ou périphérique.

Aucun élément précis du syndrome bradykinétique, élément pithiatique considérable sinon le seul.

Un autre neurologiste prend au contraire parti contre la conception de névrose.

Le Professeur ROGER (de Marseille) présenta à la séance du 22 avril 1921 de la Commission scientifique du Comité médical des Bouches-du-Rhône :

OBSERVATION II

(parue dans le *Marseille Médical* du 15 juin 1921)

Mand. Pierre, 21 ans, incorporé en avril 1919.

A Wiesbaden, en janvier 1920, Mand se sent paralysé du membre inférieur gauche et du membre supérieur droit avec douleurs du thorax en ceinture. Pas de fièvre. Ce même jour, il présente

également des secousses brusques involontaires et sensations thoraciques douloureuses gênant la parole.

Légère atténuation de l'état aigu, mais les mêmes symptômes persistent, quoique plus faibles. En avril 1920, Mand. va au Centre neuro-psychiâtrique de Mayence; il est ensuite envoyé, en septembre 1920, à l'hôpital du Val-de-Grâce d'où il serait sorti guéri le 2 décembre.

Le médecin neuro-psychiâtre du Val (D^r ROUQUIER) dit que Mand n'a présenté que des symptômes de pithiatisme polymorphe et variable; il ne doit être ni réformé ni pensionné.

Il est cependant envoyé au centre de neurologie de Marseille le 19 mars 1921.

Etat actuel (avril 1921). Intellect : Répond assez correctement aux questions et reconnaît qu'à l'hôpital du Val-de-Grâce, menacé de prison s'il continuait à se plaindre de ses mouvements anormaux, il ne s'en est pas plaint momentanément, mais a continué à en être incommodé.

On note : des mouvements anormaux du membre inférieur gauche et du membre supérieur droit avec spasme du cou et hémispasme facial gauche de type difficile à classer.

Ainsi conclut le professeur ROGER :

On peut concevoir qu'au premier abord pareils mouvements siégeant si anormalement dans des membres opposés et de caractère si peu classique, aient pu en imposer pour des troubles d'origine pithiatique. Mais, d'une part, certaines attitudes comme la griffe dissociée de certains orteils et les mouvements athétosiques, me paraissent impossibles à reproduire par la volonté et la suggestion.

D'autre part, l'exagération unilatérale du reflexe rotulien gauche avec ébauche du clonus du pied et d'éventail, l'exagération unilatérale de l'olécranien droit, l'hémispasme facial gauche, sont des arguments des plus importants, en faveur de l'organicité. Il en est de même de l'examen du liquide céphalo-rachidien qui montre une hyper-albuminose non douteuse avec leucocytose minime.

A notre avis, cet homme n'est certainement pas un pithiatique, mais un organique net. On conclut de par le début brusque accompagné de douleurs vives et de secousses involontaires à une

encéphalite épidémique : syndrome algo-myoclonique. L'absence de fièvre et de troubles oculaires ne doit pas surprendre.

N. B. — Les membres du Conseil supérieur de Réforme ont accepté les conclusions de l'expert.

Le professeur ROGER, réprouvant les diagnostics trop fréquents d'hystérie, déclare :

« Je ne saurais trop insister sur l'allure pseudonévropathique de certains encéphalites épidémiques. Sans doute, il y a quelques années, nous aurions bien été embarrassés pour cataloguer de pareils cas et peut-être aurions-nous pensé, nous aussi, à la névrose.

» Mais les progrès de la neurologie restreignent tous les jours le champ de la névrose, et les médecins doivent de plus en plus se débarrasser de cette conception de l'hystérie « grande simulatrice » à laquelle on devrait penser partout et toujours... »

« Il est peut-être un plus grand nombre de cas d'encéphalites vraies, qui ont été prises pour des accidents hystériques. Et c'est ainsi qu'en neuropsychiâtrie militaire des erreurs ont été déjà commises et qu'ont été étiquetés pithiatiques des encéphalitiques épidémiques certains. » (LAI-GNEL-LAVASTINE.)

Cette diversité d'opinion explique des conclusions différentes :

D'un côté, le professeur ROGER s'élevant contre la fréquence des diagnostics d'hystérie; de l'autre, le docteur ROUQUIER (cité dans l'observation) faisant une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sur les modifications du liquide céphalo-rachidien par le pithiatisme.

A propos du pithiatisme, nous avons remarqué que la variabilité dans l'intensité notée au sujet des tremblements ou des spasmes ne doit point être considérée comme une indication en faveur d'une névrose.

OBSERVATION III

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

L..., Joseph, de Saint-Jean-d'Angély, 22 ans.

Soldat depuis 1920 à Ludwigshafen. Encéphalite épidémique en décembre 1922 : fièvre, somnolence, diplopie, myoclonie. Réformé à 30 %.

Actuellement (7 février 1924) : fatigue générale, secousses myocloniques du peancier gauche avec attraction de la commissure labiale. *Atténuation par distraction*; diplopie dans le regard latéral gauche.

Conclusions. — Sequelles évolutrices d'encéphalite épidémique remontant au mois de décembre 1922 avec bradypsychie, parésie faciale et spasme du peancier. Taux : 40 %.

Le médecin qui a fait l'examen reconnaît tous les signes de sequelles du syndrome myoclonique (un peu analogue à l'observation 2) et a remarqué l'atténuation de ces signes pendant diverses occupations du malade.

III. — *Troubles neuropsychiques post-encéphalitiques et sclérose en plaques.*

Le cas s'est produit pour un nommé G..., né en 1895, dont l'observation, due au docteur L. MAYET, de Lyon, sera citée plus tard (observation 39), car en l'occurrence, au point de vue militaire, le diagnostic entre les deux affections importe peu. On pense, en effet, aujourd'hui à l'existence d'un virus spécifique de la sclérose en plaques, d'où, dans les deux cas, on est conduit à admettre une infection ancienne qu'on devra essayer de situer dans le temps.

DEUXIÈME PARTIE

Encéphalite non étiquetée dans les antécédents du malade.

C'est de beaucoup le cas le plus fréquent. Nous allons examiner successivement le rôle de l'expert et ses difficultés, les bases sur lesquelles il construit ses conclusions positives ou négatives; étudier ensuite le point de vue des malades, puis nous citerons des rapports eux-mêmes parmi les plus typiques que nous ayons lus.

I. - Rôle de l'expert, ses difficultés, les conclusions.

I. — *Que doit faire l'expert ?*

Le médecin, dans ce cas, doit rechercher la filiation depuis un symptôme initial jusqu'aux troubles actuels. Il n'a pour faire ce travail rétrospectif que le récit du malade qu'il doit interroger avec une habileté de juge d'instruction, les billets d'hôpitaux, des certificats de médecin ou de camarades.

Quand tout est échafaudé, il tire des conclusions. Pour

partir d'une base solide, l'expert doit trouver dans l'histoire :

1) Un état de longueur de la maladie variable avec ou sans fièvre, dans lequel le malade a présenté nettement deux ou les trois symptômes suivants :

A) Des symptômes oculaires (d'une variété extraordinaire), diplopie transitoire, brouillard, hémianopsie ou amarause passagère;

B) De la tendance au sommeil — ou aussi souvent l'inverse, une insomnie à prédominance nocturne;

C) Des myoclonies sous toutes leurs formes.

Une certaine localisation dans le temps que nous n'avons jamais vu d'ailleurs spécifiée dans un rapport pourrait peut-être servir tout au moins comme hypothèse. En tout cas, elle nous a frappé et nous la signalons : c'est la prédominance hivernale.

Sur trente-quatre cas qui comprennent des diagnostics d'encéphalite certains (ou tout au moins probables), on trouve :

Janvier, dix cas;

Décembre, six cas;

Octobre, février, mars, quatre cas;

Mai, deux cas;

Novembre, juin, août, septembre, un cas.

Soit pour les mois d'hiver : décembre, janvier, février et mars, vingt-quatre cas sur trente-quatre (70 %) et pour les mois chauds : mai, juin, août et septembre, cinq cas (14 %);

2) Après ce début, un état qui commence quelque temps après : séquelles excitomotrices ou surtout parkinsonisme post-encéphalitique.

« Les séquelles de l'encéphalite ne sont pas d'ailleurs très tardives : dans les cas très frustes, elles peuvent paraître tardives par leur évolution trompeuse très lente qui ne les rend évidentes qu'au bout d'un certain temps. Or, même dans ce cas-là, même lorsque le diagnostic initial

n'a pas été porté à sa phase aiguë, c'est au plus tard au bout d'un an que j'ai pu voir mes malades atteints de manifestations post-encéphalitiques les plus diverses (psychique, tics, spasme, parkinsonisme, etc...). » (Professeur CESTAN.)

2) *Difficulté des recherches.*

Par conscience professionnelle, le médecin ne doit accorder ou refuser qu'à bon escient, et il se trouve aux prises avec les difficultés :

A) Les billets d'hôpitaux portent les diagnostics de grippe, grippe nerveuse et même ainsi que nous verrons plus loin en citant des exemples de : bronchite, embarras gastrique, mélancolie, etc., alors que le diagnostic d'encéphalomyélite a bien pu être établi.

Quelquefois ils ont été perdus.

B) L'interrogatoire du malade est également délicat. Il ignore les signes caractéristiques de l'encéphalite et s'il les cite trop vite, l'expert peut craindre d'être dupé;

C) Il doit se méfier des certificats de complaisance qu'il doit négliger et distinguer de ceux qui sont de bonne foi.

3) *Sur quoi peut se baser l'expert pour des conclusions affirmatives ?*

Il ne faudrait pas croire que les rapports ne sont pas éclairés et ne reposent point sur des bases solides.

A) D'abord les observations prises au lit du malade qui relatent sans les expliquer des phénomènes anormaux (diplopie, myoclonies) lors d'une grippe ou d'un autre diagnostic quelconque;

B) Certains diagnostics, comme par exemple : hoquet convulsif, chorée, rhumatisme, à propos du même malade (Andr. Léon, observation 15);

c) L'interrogatoire des personnes qui ont assisté au début des accidents : les parents pour X... (observation 12) ;

d) Des médecins nous ont fait remarquer les difficultés qu'ont les parkinsoniens pour tromper. Affaiblis intellectuellement, ils sont en état de nette infériorité à côté des individus sains d'esprit lorsqu'ils veulent inventer des récits ou singer des troubles imaginaires ;

e) Une base très importante est fournie par l'histoire des sequelles elles-mêmes.

Quand celles-ci ont commencé peu après ou pendant le service et n'ont fait que croître depuis et qu'on peut montrer qu'antérieurement la santé était bonne, l'imputabilité peut être établie sans restrictions.

4. — *Les conclusions négatives.*

On peut écrire sans crainte de démenti qu'un certain nombre d'encéphalites ne doivent pas bénéficier de la présomption légale. Il est donc tout à fait logique de voir des refus pour non imputabilité.

Dans ce cas, une filiation nette entre des accidents ayant pu éclater pendant le service et les troubles qui gênent actuellement le malade n'a pu être établie :

A) Ou bien l'expert a alors trouvé nettement diagnostiquée une encéphalite longtemps après la démobilisation, alors que l'homme avait récupéré son activité normale et travaillé de son métier ;

B) Ou bien le plus souvent on ne trouve pas d'épisode aigu initial, pas d'histoire nette, et l'expert conclut que le parkinsonisme présenté à ce moment est dû à une encéphalite dont on ne peut préciser la date et il refuse pour deux raisons principales :

1) Il se base sur l'étiologie des troubles donnée par le malade : blessure, commotion, pieds gelés (dans une

observation), qui ne donnent pas les sequelles qu'on trouve dans les états post-encéphalitiques;

2) Ou parce que la revendication pécuniaire est trop tardive, ce qui établit que l'épisode initial doit être bien postérieur à la cessation du service.



Le point de vue des malades.

Après avoir pris connaissance de nombreuses histoires de malades, nous avons essayé d'étudier leur « point de vue ». Nous nous défendons absolument de vouloir être leur avocat, ou plus exactement l'avocat de tous, mais seulement nous voulons énumérer leurs « excuses » après avoir cité précédemment les causes des conclusions défavorables à leur égard.

A) D'abord, il est évident que les malades ignoraient les rapports de leur roideur, tremblement et autres troubles avec une maladie souvent minime qu'ils avaient eue (pour certains, bien entendu) pendant leur service. De bonne foi, ils n'allaient pas mettre en avant une affection qu'ils avaient vu étiqueter : grippe, entérite, ni faire ressortir des symptômes : diplopie ou secousses myocloniques auxquels ils n'avaient pas attaché d'importance. Ils pensaient plutôt à des épisodes qui leur semblaient plus en rapport avec des troubles nerveux : commotion, blessure souvent à la tête ou près de la colonne vertébrale, etc... Ces raisons leur semblaient suffisantes, mais elles étaient irrémédiablement refusées par les experts;

B) Même si on admet que les séquelles de l'encéphalite apparaissent un an au plus tard, le parkinsonisme est un état qui va croissant et peut durer cinq ans, dix ans et plus; il n'immobilise le malade que très souvent longtemps après son apparition. Ainsi beaucoup d'hommes ignorant le pronostic de leur état supportaient leurs maux, les

croyant passagers, et il a souvent fallu l'aggravation de leur état pour les décider à demander une pension.

D'autres, enfin, hésitent et tardent, car point conseillés, ils ignorent leur droit et c'est le besoin matériel qui les décide enfin, alors qu'ils ne sont que des loques humaines depuis longtemps déjà.

Voici un cas dû à M. le Professeur CRUCHET qui n'a point encore eu un dénouement devant le conseil de réforme :

OBSERVATION IV

P..., né le 28 janvier 1874 dans la Charente, cultivateur, examiné les 14 février et 19 juin 1924 et le 10 septembre 1928.

P..., mobilisé en 1914, fait campagne en France puis en Italie jusqu'en novembre 1918. En octobre 1918, grippe grave, fièvre, respire mal (ventouses) ; affirme ne s'être remis jamais de cette grippe. Toujours fatigué depuis.

Rentré en France, en novembre 1918, épuisé (démobilisé en décembre 1918), chez lui on le trouve amaigri, las, il s'endort au milieu des champs, contre une meule de paille. Le docteur lui donne des reconstituants qui ne l'améliorent pas, et en mars-avril 1920, les signes de l'encéphalite se précisent ; il s'endort partout (vignes, champs, en donnant à manger à des chevaux), nuits agitées. Son état n'a fait qu'empirer depuis. En février 1924, on diagnostique du parkinsonisme post-encéphalitique ; le 10 septembre 1928, est encore plus maigre ; raideurs très marquées. P... est incapable de se suffire à lui-même.

Conclusion. — P... est atteint de parkinsonisme post-encéphalitique. Cet état est consécutif à une grippe grave survenue en Italie, en octobre 1918. On connaît les corrélations remarquables signalées entre la grippe et l'encéphalomyélite épidémique, à tel point que dans certains cas on a pu se demander si la soi-disant grippe n'avait pas été le début de l'encéphalomyélite.

En tout état de cause, on peut estimer que P... a contracté les premiers symptômes de son mal actuel pendant qu'il était aux armées en octobre 1918.

C'est un type d'observation intéressant, car prêtant à plusieurs interprétations. Ici, les conclusions sont positives; aussi bien auraient-elles pu être inverses. On aurait pu alors, par exemple : Les signes de la grippe de 1918 ne sont nullement ceux d'une encéphalite et il n'y a pas lieu de changer de diagnostic; les symptômes réels de névrxite qui, seule, donnerait droit à une pension, ne débutent qu'en 1920, plus d'un an après la démobilisation. D'ailleurs, le parkinsonisme n'a fait son apparition qu'en 1924, soit bien tardivement même pour une encéphalomyélite de mars-avril 1920, et la pension demandée dix ans après la libération. D'où aucune raison d'imputer au service une encéphalite ayant débuté, et encore d'une manière bien imprécise, en mars-avril 1920.

Mais il y a le fait, ici bien mis en lumière, souvent négligé d'une période d'asthénie qui a fait suite à la démobilisation.

Nous parlons en ce moment des encéphalites ayant éclaté pendant la guerre; nous avons cité cette observation actuellement, car c'est l'histoire d'un brave cultivateur qui, resté dans l'ombre, négligeait de demander un secours. C'est une cause souvent de ces appels qui paraissent tardifs.

(Dans la troisième partie de cette thèse, nous devons traiter les encéphalites postérieures à la démobilisation; nous reparlerons alors de cette intéressante histoire.)

D'ailleurs, d'autres exemples pris chez des individus dont les encéphalites ont été diagnostiquées ou dont les premiers symptômes bien signalés ne laissent subsister aucun doute et ont été tous acceptés sans débats juridiques montrent les laps de temps écoulés entre l'atteinte et la demande de secours.

OBSERVATION V

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

M... Gérard, sergent au 144^e R. I., de Lacanau, prisonnier en août 1914, rapatrié en 1916 et reprend du service. Encéphalite

en 1920. Demande de pension 13 décembre 1923. Depuis six mois, étant surveillant à la Prison militaire, se sent devenir roide. Tremblements. Fait effort pour manger. Gêne de la parole.

En résumé, le parkinsonisme gêne le malade trois ans après l'encéphalite diagnostiquée et la pension est demandée trois ans et demi après.

OBSERVATION VI

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

B... Léandre, tourneur-ajusteur, de Saintes, mobilisé en 1916, évacué en 1918 pour encéphalite épidémique.

Somnolait. Un mois d'hôpital. Reprend son service jusqu'en août 1919. Démobilisé en 1920, avait de la diplopie et faiblesse générale qui augmente. Demande de pension le 3 mars 1922.

Conclusion. — Syndrome parkinsonien consécutif à l'encéphalite épidémique de 1918.

Secours demandé quatre ans après. Avait repris du service pendant près de deux ans.

OBSERVATION VII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

W... François, 27 ans, cultivateur, à Troisvilles (B.-P.).

Incorporé en 1916. Démobilisé en 1919. Tombe malade pendant son congé libérable en août 1919.

Demande de pension en octobre 1923. Origine admise, 80 %.

Laps de temps, quatre ans.

OBSERVATION VIII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

M..., cultivateur à Daubréze.

Mobilisé en août 1914. Six mois après, fait une méningite cérébro-spinale à forme typhoïde. Cinq mois d'hôpital. A tremblé dès

qu'il a cessé d'avoir la fièvre. Le tremblement s'est accentué. Céphalée. Réformé N° 1 en octobre 1920. Tremblement épileptoïde du membre supérieur droit.

Conclusion. — 10 février 1921. Tremblement, attitude jugée déficit intellectuel. Début au cours d'une infection méningée à forme typhoïde. Encéphalite probable. Les troubles actuels sont les sequelles, 40 %.

Ici la réforme a été prononcée cinq ans et demi après le début des accidents et la pension demandée six ans après.

OBSERVATION IX

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

C... Alphonse, 51 ans, cultivateur à Beychac-et-Caillau.

Hospitalisé en mai 1918 pour douleurs rhumatismales (troubles fonctionnels main droite); depuis, a travaillé chez lui, mais son tremblement s'aggrave.

Actuellement (3 janvier 1924), attitude soudée, facies inerte, tremblement du membre supérieur droit, etc...

Conclusion. — Paralysie agitante et tremblement en masse du membre supérieur droit. Les accidents ayant été constatés durant la mobilisation bénéficient de la présomption d'origine.

Pension demandée cinq ans et demi après le symptôme initial.

OBSERVATION X

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

M... Alfred, 49 ans, comptable à Bordeaux.

Encéphalite en 1920 à l'hôpital de Brest (torpeur et myoclonie).

Actuellement (21 juillet 1927). Travail interrompu.

Laps de temps de sept années entre l'encéphalite et l'interruption du travail nécessitant la demande de secours.

OBSERVATION XI

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

F... Louis, 50 ans, de Bordeaux.

Encéphalite en 1918 (grippe avec somnolence). Actuellement (26 février 1928), spasme avec contracture des muscles postérieurs de la nuque, sorte de torticolis spasmodique.

Ici les sequelles sont minimales relativement, mais une pension est demandée seulement dix ans après.

Nous faisons encore remarquer que, dans ces observations, les dossiers avaient à la base un diagnostic ou tout au moins des indications précises. Les intéressés pouvaient donc savoir exactement qu'un avis favorable les attendait et sans discussion aucune.

Nous croyons donc devoir faire remarquer qu'il ne faut nullement s'étonner des revendications pécuniaires déposées cinq, six, sept ans et plus après l'encéphalite présumée et que ce n'est point une raison suffisante d'élimination.

Observations.

1) *Quelques opinions*

Les conclusions des rapports, par leur divergence, vont bien nous montrer la partie délicate de la question. Nous avons déjà essayé d'en montrer les raisons. M. le Professeur CESTAN (de Toulouse) nous écrit :

« Depuis 1920, j'ai eu à examiner un certain nombre de cas de parkinsonisme post-encéphalitique. Je n'ai pas trouvé un seul cas qu'on pouvait avec toute la rigueur voulue faire remonter à une crise de névraxite ayant évolué avant l'armistice. »

Par contre, le docteur VOIVENEL, également de Toulouse, a une opinion un peu divergente :

« J'ai, en effet, vu et présenté devant le conseil supérieur de réforme des « pseudo parkinsoniens » dont l'affection remontait à la guerre et qui ont été réformés avec pension. Le cas m'a paru assez fréquent. »

Nous sommes heureux de citer également l'opinion de M. le Professeur EUZIÈRE, doyen de la Faculté de Montpellier, qui nous écrit :

« J'ai vu très souvent des parkinsoniens post-encéphalitiques demander une pension. Dans l'immense majorité des cas, il s'agissait de malades ayant fait leur encéphalite alors qu'ils n'étaient plus mobilisés, car, dans la région montpelliéraine tout au moins, la grande épidémie a eu pour date l'hiver 1919-1920 où les soldats de la grande guerre étaient déjà rentrés chez eux. Comme le plus souvent, de leur propre aveu, la date de l'atteinte encéphali-

tique a pu être placée après leur retour dans leur foyer, il n'y a pas eu de problème médico-légal. »

Après avoir cité ce qu'ont observé d'éminents docteurs spécialistes, nous allons résumer des histoires de malades avec les conclusions des médecins. Tous ces rapports ont évidemment été utilisés devant les conseils de réforme.

2) *Rapport d'un seul expert. — Conclusions positives.*

Dans ce cadre ont leur place les observations 5-6-7-8-9-10-11 déjà citées.

Nous allons maintenant résumer des histoires de malades dues à M. le Professeur ROGER, de Marseille, dans lesquelles l'intérêt réside dans l'erreur de diagnostic à la base et sa reconstitution par la suite.

OBSERVATION XII

X..., libéré du service militaire depuis un an.

Il raconte éprouver de la raideur depuis quatre mois à la suite d'un vertige. Depuis sa libération, il n'avait jamais récupéré son activité normale; il relevait alors à peine d'une longue maladie (six mois d'hospitalisation) qui avait été cataloguée « bronchite » alors que l'homme n'avait ni toussé ni craché (il avait eu, un an auparavant, une pleurésie avec épanchement).

C'est avec l'aide de ses parents qu'on rétablit la véritable histoire, car le début des accidents date d'octobre 1920 pendant une permission à Marseille. X... présente de la subagitation nocturne avec délire léger et strabisme, ce qui ne l'empêche pas de rejoindre son corps. Là, asthénie physique et psychique peu marquée et c'est un gradé qui intervient pour qu'il soit « reconnu ». Envoyé à l'hôpital, il présenta les symptômes suivants pendant une quinzaine de jours : fièvre (38°-39°), diplopie fugace, somnolence persistante. Puis la convalescence traîna, ce qui le fit envoyer plus de trois mois dans une maison de convalescence à la campagne jusqu'à la libération de sa classe.

Le Professeur ROGER se base sur la rigidité et le tremblement actuel pour rectifier rétrospectivement une erreur de diagnostic particulièrement préjudiciable à l'intéressé.

OBSERVATION XIII

X..., également libéré depuis quelques mois.

Depuis lors, il ne peut se livrer à aucun travail. L'épisode aigu initial date de deux ans, pendant une permission à Cannes : délire intense, insomnie, secousses myocloniques, agitation extrême. Le diagnostic porté est « grippe pulmonaire » sur les pièces officielles.

Actuellement : syndrome parkinsonien net.

« J'ai cru pouvoir lui délivrer à toutes fins utiles un certificat mentionnant l'insuffisance du diagnostic. En toute conscience, ce malade a droit, autant que bien d'autres, à une pension militaire, sa grave infirmité résultant nettement d'une infection épidémique contractée en service », écrit le Professeur ROGER.

A noter que pour les deux observations précédentes, aucune idée de revendication n'avait germé dans l'esprit des malades, qui venaient simplement demander des conseils thérapeutiques.

OBSERVATION XIV

X..., douanier, d'une trentaine d'années.

Est depuis un an dans le service du Professeur ROGER pour un parkinson net. Les troubles avaient débuté dans la Sarre par une « scarlatine »; il y avait, en effet, une épidémie de scarlatine dans la région. En réalité, le malade n'eut ni éruption ni desquamation, mais des troubles délirants fébriles.

On lui délivre un certificat concluant que X... a été atteint d'encéphalite d'abord délirante, puis parkinsonienne plutôt que de scarlatine.

Ces trois observations précédentes ont été publiées dans les *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 3 mars 1922.

OBSERVATION XV

Andr... Léon, 29 ans, réformé de guerre.

Est envoyé au Centre Neurologique de la XV^e région pour expertise par le Centre spécial de réforme de Nîmes, le 23 juin 1921.

Andr... Léon est gêné par des mouvements anormaux (syndrome excitomoteur : chorée, tics, spasmes, stéréotypies, dysarthrie). L'intéressé les rapporte à une commotion survenue fin novembre 1914; il a été alors déplacé par un obus, mais pas de perte de connaissance ni obnubilation passagère, et les troubles ne sont survenus que quelques jours après.

Cette étiologie de « commotion » donnée par le malade est réfutée par le Professeur ROGER qui reconstitue l'origine exacte des troubles avec le récit du malade et les pièces du dossier.

Les premiers symptômes ont apparu début décembre 1914 d'une façon brusque, sous forme de « hoquet invincible » accompagné de « secousses brusques » des membres supérieurs d'abord, inférieurs ensuite. En même temps, « douleurs » vives dans les articulations.

Les médecins, intrigués par son cas, le font évacuer avec le diagnostic de « hoquet convulsif » et de « rhumatisme » (à cause des douleurs); il est réformé ensuite en 1915 avec celui de « chorée ».

Les symptômes ont persisté trois mois après sa réforme. Le hoquet a duré en tout cinq mois et il reparait quelquefois pendant un après-midi.

Les secousses brusques des membres ont été progressivement remplacées par des mouvements moins vifs qui, dans leur forme actuelle, existaient depuis cinq à six ans. Les douleurs vives ont disparu, sauf parfois quelques lancées dans les membres.

Conclusion. — Le début aigu, avec son hoquet si prolongé, ses secousses des membres, ses douleurs, sa dysarthrie spéciale, son insomnie, nous font porter le diagnostic rétrospectif « d'encéphalite épidémique à forme singultueuse et algomyoclonique ». (Professeur ROGER.)

Ce curieux cas fait remarquer l'existence au début de la guerre, dès décembre 1914, d'encéphalites. Le diagnostic porté en 1915 avait été celui de « chorée ».

OBSERVATION XVI

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

L... Jean, 24 ans, forgeron.

Mobilisé en 1917. Va au front. En septembre 1919, grippe à forme nerveuse. Démobilisé le 10 janvier 1920. Trois mois après, ressent dans le bras un tremblement qui va en croissant depuis. Pendant sa grippe, a eu des troubles mentaux, une tendance au sommeil, sans diplopie.

Actuellement : rigidité avec hémiparésie gauche, torpeur intellectuelle.

Conclusion. — Il est possible de voir comme cause des accidents la grippe de 1919.

Accordé 50 % le 20 avril 1922.

Il n'a point été besoin d'un diagnostic précis d'encéphalite, que n'a pas voulu faire l'expert, pour accorder la pension, mais seulement de déclarer que l'origine des troubles date bien du service.

3) *Rapport d'un seul expert. — Conclusions négatives.*

OBSERVATION XVII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

P... Jean, 27 ans, cultivateur à Vensac (Gironde).

Mobilisé en 1915. Va au front en septembre 1916. Commo-

tionné le 18 novembre 1916; évacué le 30 décembre 1916 pour anémie et faiblesse générale jusqu'en juin 1917. Revient tout le temps au front. Démobilisé en septembre 1919.

A travaillé jusqu'en février 1923. A ce moment, paraît avoir eu une encéphalite léthargique vue et soignée par M. le docteur ABADIE.

Actuellement (22 novembre 1923), aspect figé, inerte, tremblement, sensation de raideur, sialorrhée.

Conclusion. — Parkinsonisme post-encéphalitique; l'infection originelle remonte à une année. Aucun rapport avec la commotion problématique reçue au cours de la guerre.

OBSERVATION XVIII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

S... Arthur, garçon boucher à Bordeaux, 28 ans.

Soldat depuis 1914. Démobilisé en 1919 pour abcès au foie. A eu une dysenterie dans l'Aisne. Réformé 30 %. A eu, il y a deux ans, une encéphalite.

Actuellement (27 mars 1924), aspect figé, tendance au sommeil, sialorrhée, secousses myocloniques.

Conclusions. — Sequelles d'encéphalite épidémique type parkinsonien. Cette affection remonte à l'hiver 1922 de l'aveu du malade, c'est-à-dire cinq ans après le service militaire. On ne saurait admettre l'origine de sequelles d'abcès du foie.

OBSERVATION XIX

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

L..., 36 ans.

En 1918, a eu peur d'un obus qui l'a couvert de terre. A eu, en 1923, une grippe diagnostiquée encéphalite par le docteur CRUCHET; tremble depuis trois ans.

Actuellement (3 juin 1926), tremblement généralisé type parkinsonien, raideur, vivacité des reflexes.

Conclusion. — Sequelles d'encéphalite épidémique située en 1923. Aucun rapport avec le service.

La conclusion de ces trois observations semble logique et ne semble pas devoir soulever d'objections. Nous allons en citer d'autres où, sur la lecture du dossier lui-même, on peut sans doute discuter.

OBSERVATION XX

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

M... Emile, 48 ans, cultivateur à St-Germain-de-Lusignan (Ch.-I.)

Va au front en janvier 1915. Evacué en février 1915 pour pieds gelés et rhumatisme. Il tremble d'une façon intermittente et est mis dans l'auxiliaire. Il y a un an, est pris de nouveau de tremblement. Le Docteur VERGER diagnostique une maladie de Parkinson.

Actuellement, M... est atteint de maladie de Parkinson, attitude figée, inertie mimique, lenteur des mouvements, tc...

Conclusion. — Difficile de l'attribuer à gelure de 1915 (rapport daté du 25 février 1921).

Cette fin ne nous satisfait pas, car la question était de rechercher la date de l'encéphalite qu'on doit soupçonner. M... a d'ailleurs eu satisfaction.

OBSERVATION XXI

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

D... Bernard, 43 ans, cultivateur, à Caupenne (Landes).

Mobilisé en mars 1915, va au front en mai 1917. Jamais blessé. Commence à trembler en 1918, d'abord du bras gauche puis de la jambe. Démobilisé en février 1919. Les troubles se seraient développés petit à petit et depuis un an ne peut plus travailler. Aucun épisode fébrile.

Actuellement (juin 1922), attitude figée, roideur musculaire généralisée. Tremblement très accusé aux membres supérieurs.

Conclusion. — Maladie de Parkinson, évolution progressive. Le début est ancien mais impossible à préciser exactement en raison de l'absence de tout renseignement précis sur le passé du malade. Rapports avec service paraissent douteux, sinon nuls.

Il nous semblerait que si les troubles ont commencé avant la démobilisation, il devrait y avoir automatiquement imputabilité tout au moins par aggravation.

OBSERVATION XXII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

R... Jean, 52 ans, vigneron à Margaux.

Tombe malade au front en avril 1916. Fait plusieurs hôpitaux avec le diagnostic « asthénie, affection médullaire au début ». Jamais blessé.

Envoyé dans un hôpital de Bordeaux en juillet 1916 où on trouve : attitude gênée, un peu soudée. Pas d'atrophie musculaire. Très léger tremblement de la langue; les mains ne tremblent pas au repos, mais pendant les mouvements volontaires. Ce tremblement se serait montré en juillet 1915, le soir du jour où il est piqué contre la fièvre typhoïde. Le diagnostic porté est celui de « sclérose en plaque fruste », affection chronique non modifiable.

L'état s'aggrave considérablement et il demande un secours.

Actuellement (décembre 1922), attitude soudée du parkinsonien avec hypertonie musculaire. Tremblement des membres supérieurs. Inertie mimique, etc..

Conclusion. — Affection organique du système nerveux central à évolution lente. Début antérieur à la guerre (le diagnostic de sclérose en plaque de 1916 est une erreur). L'incompatibilité ne saurait logiquement être admise.

On peut se demander pourquoi le début est supposé antérieur à la guerre et pourquoi, dans ce cas même, ne pas conclure à l'imputabilité par aggravation.

OBSERVATION XXIII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

C..., Pierre, 39 ans, résinier, à Mimizan.

Mobilisé en 1914. Va au front en mars 1915. Blessé trois fois. Commotion en juillet 1915. Prisonnier en mai 1918. Aurait eu alors une encéphalite. Était endormi et souffrait de la tête (?) Rentre chez lui en janvier 1919 et est démobilisé en mars 1919. Très malade après avoir été démobilisé : fièvre cérébrale; aurait eu des troubles de la vue et est resté faible.

Depuis six mois, est roide et tremble.

Actuellement (1922), syndrome parkinsonien. Roideur musculaire généralisée, sialorrhée, etc...

Conclusion. — Sequelles d'encéphalite épidémique postérieure à la démobilisation sans relations avec le service.

Pour conclure ainsi, il faudrait bien constater que C..., de mars 1919 à la date de sa fièvre cérébrale (non spécifiée exactement) a joui d'une excellente santé et a récupéré son activité normale pendant plus d'une année au moins — ce qui n'est point.

Voici un cas qui montre que l'abondance des certificats n'éclaire pas toujours le récit.

OBSERVATION XXIV

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

D..., classe 1912, de Libourne.

Mobilisé en 1913. Démobilisé en 1919. a été hospitalisé une fois seulement pour prothèse dentaire. En juin 1923, à la Commission de réforme, les experts le reconnaissent atteint de bradykinésie post-encéphalitique et concluaient à la réforme.

Le Ministre rejette la demande, car : origine pendant le service douteux.

Examen (date inconnue). Syndrome parkinsonien caractéristique. Invalidité totale.

Un certificat du docteur STANISLAS, de 1923, dit que la femme de D... a déclaré que les troubles morbides ont débuté en mars 1920 par une excitation psychique (durée huit jours) avec troubles de la vue et installation progressive des symptômes constatés.

Certificat du docteur MOYZÈS : A donné ses soins en octobre 1919 pour syndrome pseudo-parkinsonien.

Certificat du docteur B..., de Coutras : A soigné B... en novembre 1919 et janvier 1920 pour « pleurite gauche » et tremblement du membre supérieur droit et faiblesse des membres inférieurs.

Certificat du docteur VION : En septembre 1918, D... a eu une grippe banale sans interruption du service.

Certificat du médecin-chef (D^r P...), du régiment de D..., qui dit ne pas avoir observé d'encéphalite dans son régiment, mais de la grippe.

D... s'est marié en 1919 et a eu un enfant.

Conclusion. — Grippe banale en 1918. Par contre, en 1920, infection massive brutale avec troubles mentaux, stupeur, désordres oculaires. D'où on conclut à des symptômes classiques d'encéphalite épidémique (notion d'épidémie en 1919-1920). C'est l'épisode initial.

Il faudrait connaître l'état de D... depuis la grippe de 1918; les certificats de deux docteurs mentionnent que la santé ne fut point parfaite. Nous avons ici une histoire analogue à l'observation 4 qui fait la contre-partie.

Occupons-nous maintenant de quelques cas d'interprétations étiologiques particulières. Les anciens militaires ont fait souvent valoir leurs anciennes blessures comme cause des troubles nerveux. Les pensions ont été refusées par les experts.

Certains cas sont néanmoins troublants. N'oublions pas que M. le Professeur ROGER déclare dans une communication à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (24 février 1922) :

« L'origine traumatique du Parkinson n'est pas admise par la plupart des auteurs. Personnellement, j'ai cepen-

dant vu un cas pour lequel une commotion cérébrale paraissait le seul facteur susceptible d'être incriminé. »

Y aurait-il dans la blessure ou la commotion une cause favorisante dans quelques cas ?

OBSERVATION XXV

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

S... J.-P., 34 ans, garçon de café à Hasparren.

Amputé de l'annulaire droit en 1919. Depuis, souffre du bras et tremble.

Actuellement (16 avril 1925), aspect hémibradykinétique droit. Parésie faciale droite. Pas de troubles oculaires. Pas de modifications des membres inférieurs.

Conclusion. — La blessure n'est pas en cause. La cause certaine est une infection diffuse du système nerveux genre encéphalite épidémique, date non précise.

N'y a-t-il qu'une simple coïncidence entre la blessure à droite et les troubles qui siègent uniquement de ce côté sans comprendre les membres inférieurs et qui auraient commencé dès l'amputation ?

D'ailleurs, nous avons vu le malade qui a obtenu la pension demandée.

OBSERVATION XXVI

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

L..., classe 1912.

Incorporé en 1913. Hospitalisé seulement en septembre 1914 pour blessure de la région occipitale. En avril 1917, commotionné par un éclatement d'obus (pas de soins médicaux). Conseil de réforme en 1921. Maintenu dans le service armé (on ne voit que les séquelles de la blessure). Conseil de réforme en 1922 pour troubles nerveux : rejeté. L... fait appel.

Examen (date inconnue). Séquelles évolutives d'encéphalite épidémique type pseudo-parkinsonien évident. Quelle est la date du début ? Il reçoit les premiers soins médicaux dans une expertise du 18 mai 1923 où on déclare qu'il s'agit d'encéphalite épidémique postérieure à la guerre. D'ailleurs, l'épidémie a eu surtout lieu en 1919-1920. Evolution lente non consécutive au traumatisme de guerre.

OBSERVATION XXVII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

P... Charles, 34 ans, de Tarbes.

Blessé en mai 1916 dans la région lombaire sans fracture de la colonne vertébrale. Repart au front. Démobilisé en mars 1919. Aurait eu, en juin 1919, une période de torpeur.

Il dit que, depuis qu'il a été blessé, il a des « crises d'yeux », c'est-à-dire que ses yeux se lèvent et on ne voit que le blanc. Cela lui vient brusquement tous les trois ou quatre jours et lui dure la journée. Se sent devenir roide progressivement. Etat figé, inertie mimique.

Conclusion. — 15 février 1923. Séquelles évolutrices d'encéphalite épidémique, syndrome parkinsonien sans rapport avec les blessures de la guerre et sous la dépendance d'une affection du système nerveux central à faire préciser pour apprécier l'impuité.

OBSERVATION XXVIII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

R... Adrien, 32 ans, ex-contrôleur des P. T. T., de Nay.

Blessé le 13 avril 1918 par un éclat d'obus dans la région lombaire ou 1^{re} sacré. A ce moment, pas de troubles de la miction ou autres : trophiques, sensitifs. Depuis trois ans, sans incidents aigus, a commencé à être gêné pour marcher et parler.

Conclusion. — 13 novembre 1924. Séquelles évolutives d'encéphalite épidémique type pseudo-parkinsonien. Aucune relation

avec la présence d'un éclat d'obus extra-rachidien (radio) au niveau de la partie supérieure du sacrum.

OBSERVATION XXIX

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

L... Denis, 52 ans, cultivateur à Pomarez.

Mobilisé en septembre 1914. En 1915, plaie du cuir chevelu : vertex. Le tremblement est apparu il y a quatre ou cinq ans.

Conclusion. — 12 janvier 1928. Hémisyndrome bradykinétique type parkinsonien post-encéphalitique à début récent. Raison : absence de revendication antérieure et aspect clinique.

OBSERVATION XXX

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

L... Bertrand, 45 ans, maçon à Bats.

Mobilisé en 1914. Au front en 1915. Blessé le 12 septembre 1916 par un éclat d'obus aux deux mains : broiement de la main gauche, blessure légère à droite. Réformé à 40 %. Il y a deux ans, est devenu roide. Membre supérieur droit impotent.

Conclusion. — 5 juin 1923. Sequelles d'encéphalite épidémique sans rapport avec la blessure.

Rien de net dans ces observations; tout se borne à une hypothèse pour l'intéressé, à un principe, d'ailleurs classique, pour l'expert.

Le paludisme aurait été autrefois allégué comme cause de la maladie de Parkinson (Parkinson lui-même en admettait l'origine infectieuse). Dans la littérature médicale, il est fait deux fois mention du paludisme comme cause de l'état parkinsonien.

Le premier cas fut publié en 1846 par ROMBERG, le deuxième par LEROUX dans sa thèse « Les causes de la paralysie agitante » (Thèse de Paris, 1880). Nous allons résumer quatre observations dans lesquelles le paludisme a été allégué comme cause. Dans le dossier d'un malade,

il y avait un certificat médical rattachant le parkinsonisme au paludisme.

OBSERVATION XXXI

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

P... Victor, 40 ans, horloger à Créon.

Réformé après son service militaire pour pneumonie. Pris en février 1915. Va deux ans en Orient. Premier accès de paludisme en juin 1918; a souffert de la tête; ne sait pas s'il a eu de la torpeur. Trois accès dans la même semaine et entre à l'hôpital en janvier 1919. A pu travailler régulièrement depuis le 15 août 1919 (démobilisation). En mai 1921, accès de paludisme. Depuis, s'est mis à trembler du membre supérieur droit et progressivement de tout le corps. Ne peut plus travailler.

Actuellement (décembre 1922), diagnostic semble être celui de maladie de Parkinson. L'affection date de plusieurs années postérieures à la démobilisation. Sans relation avec les accidents paludéens nets en Orient qui, seuls, auraient droit à la pension.

Quelle est la nature des troubles de mai 1922 ? Y a-t-il relation de cause à effet entre le paludisme et l'encéphalite ?

OBSERVATION XXXII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

C... J.-B., 29 ans, ex-boulangier à Garindein (B.-P.).

Mobilisé en 1914. Au front en 1915. Evacué en 1916 pour paludisme. Réformé à 15 % en 1920 pour séquelles de paludisme. Boulangier quatorze mois. A ce moment, interrompt son travail car il tremblait tout le temps et, petit à petit, se sent devenir roide.

Actuellement (octobre 1923), figé, céphalée, lenteur des mouvements, tremblement, etc...

Conclusion. — Syndrome parkinsonien. Rapports avec le paludisme douteux. L'apparition récente des troubles actuels fait in-

criminer une encéphalite épidémique située vers 1920, d'où postérieure à l'expiration des délais de présomption légale.

OBSERVATION XXXIII

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

C... Jean, cultivateur à Pompignac (Gers).

Démobilisé en novembre 1919. Aurait eu une encéphalite en 1920. Il présente un certificat rattachant l'encéphalite au paludisme.

Actuellement (29 décembre 1923), se sent raide. Douleurs du côté droit. Tête en hyperextension. Pas de tremblement. Chute en avant. Réflexes vifs.

Conclusion. — Sequelles d'encéphalite épidémique. L'infection causale est, de l'aveu de l'intéressé, en 1920. Les accidants sont sans rapport avec le paludisme allégué. Pas de motif à pension.

Voyons maintenant un cas spécial diagnostiqué maladie de Parkinson, mais rappelons-nous que c'est précisément pour cette maladie que le paludisme a été invoqué comme cause. L'expert ne croit pas à l'étiologie infectieuse de la maladie de Parkinson.

OBSERVATION XXXIV

(Docteur MOLIN DE TEYSSIEU)

L... Bernard, cultivateur.

Parti au front en 1915. Evacué pour paludisme en octobre 1917. Conserve des accès paludéens. Depuis août 1924, est roide. Besoin de mouvement.

Actuellement (14 mai 1925), tremblement parkinsonien, réflexes vifs, faux clonus. Pas de troubles pupillaires.

Conclusion. — Maladie organique du système nerveux différente d'aspect clinique des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, sans relation avec le paludisme allégué.

Nous verrons plus loin (observation 40 et observation 44) des cas dans lesquels le paludisme était aussi allégué (avec quelquefois l'appui d'un certificat médical). Cette cause a toujours été réfutée par un expert. Mais n'y aurait-il pas quelquefois dans le paludisme une circonstance favorisante ?

4) *Rapports contradictoires de deux experts.*

Nous allons résumer maintenant les histoires de trois malades qui ont vu leur demande refusée une première fois, tandis qu'une deuxième expertise leur accordait satisfaction par diagnostic rétrospectif d'une encéphalomyélite.

OBSERVATION XXXV

V... Jean, de Bordeaux, dessinateur.

a) *Rapport du Docteur Molin de Teyssieur, août 1924.*

Mobilisé en 1914. En 1915, est traité chez Régis (fièvre). Rejoint son dépôt. Malade de nouveau : traité pour mélancolie et idées obsédantes. Service auxiliaire jusqu'en décembre 1919. Dit qu'il est malade depuis 1916. A repris ses occupations. A eu une forte fièvre en 1925. Les troubles ont commencé par un tremblement de la jambe gauche.

Actuellement, attitude de parkinsonien.

Conclusion. — Parkinsonisme surtout accusé à gauche. Les troubles paraissent avoir apparu longtemps après la cessation du service. On ne les rattache pas aux troubles de 1915, car : longueur de la période intercalaire et l'encéphalite épidémique était inconnue à cette époque.

b) *Rapport du Professeur Perrens, juin 1926.*

Nous essayerons de reconstituer l'histoire pathologique de V... à la faveur de documents que M. le docteur MOLIN DE TEYSSIEU ne

possédait pas et qui nous renseignent sur la « période de santé intercalaire ». Faisons remarquer auparavant que le principal argument est fondé sur une double erreur; erreur de fait puisque les premières observations du Professeur CRUCHET sur l'épidémie d'encéphalomyélite en France remontent précisément à 1915 et que l'on retrouve les symptômes de la même affection dans des descriptions anciennes; erreur de principe — si l'on peut dire — puisque rien n'autorise à penser qu'une maladie n'existait pas avant l'époque où on la découvrit.

Histoire. — Janvier 1915, au camp de Saint-Médard. Va à l'infirmerie. « Obnubilation, tendance au sommeil, puis agitation. A présenté du tremblement intermittent du membre supérieur droit ». (Certificat du Dr MONTEILH.)

En mai 1915, va à l'hôpital Saint-Nicolas puis au Castel d'Andorte. Un certificat du 26 juillet 1915 de M. le médecin-major DEDIEU-ANGLADE porte « anxiété paroxystique. Amélioration des symptômes aigus, asthénie consécutive. »

Désigné pour le 3^e Génie, de Montpellier, dès le 20 septembre, va à l'hôpital. Certificat porte : « Dépression mélancolique avec idées obsédantes, troubles psychiques persistants ». Classé dans l'auxiliaire le 1^{er} janvier 1916, est nommé à la poudrerie Saint-Médard jusqu'en février 1919. Pendant cette période, quel est l'état de santé ? On a réuni des attestations d'un certain nombre de camarades qui reconnaissent qu'à ce moment V... marchait difficilement et traînait la jambe gauche. En janvier 1919, maux de tête intolérables, insomnie. Une lettre du docteur PHILIPPOT indique, le 26 octobre 1919, que V... présente depuis quelque temps un peu de parésie du membre inférieur gauche.

Depuis, l'état de V... ne cesse d'empirer. En 1921, le membre supérieur gauche commence à trembler et, en 1923, le docteur PAUZAT note de la bradykynésie et perte de l'automatisme des mouvements dans les membres supérieurs et inférieurs plus accentués à gauche.

Conclusion. — Les troubles ne sont pas postérieurs à la démobilisation et ne s'expliquent pas en dehors de l'encéphalite épidémique; ceux qu'il a présentés dès 1915 et qui ont motivé son passage dans l'auxiliaire en 1916 marquaient, à n'en pas douter, le début de la maladie actuelle.

Comme l'on voit, c'est la reconstitution précise de l'histoire de la santé de V... qui a permis d'affirmer que le début des troubles datait bien de 1915.

OBSERVATION XXXVI

A..., de La Réole, cultivateur.

Va au front en mars 1916. Le 10 janvier 1919 (région de la Piave : Italie), pris de frissons et divaguait. Evacué pour : courbature fébrile et mauvais état général, présente de la céphalée. Insomnie. Secousses dans le quadriceps (trémulation de la rotule).

Durée, dix jours. Convalescence, vingt jours.

Encore malade. Du 9 avril au 17 mai 1919, hôpital de Talence pour : courbature fébrile; le 20 juillet 1919, à l'hôpital d'Angoulême pour : embarras gastrique, anémie, mauvais état général. Un mois de convalescence.

Depuis, n'a jamais récupéré son activité normale. Travaillait plus lentement. En 1920, il s'aperçoit qu'il tremble. Ne peut plus travailler depuis 1926.

Demande de pension : 28 janvier 1926, on lui donne 60 %. Touche neuf mois.

a) *Conclusion de M. le docteur Molin de Teyssieu.*

Pension supprimée car non imputable au service.

Fait appel en juillet 1927.

b) *Conclusion de M. le docteur Labuchelle, janvier 1928.*

L'affection de 1919 est une encéphalite car : à côté de symptômes de maladie aiguë infectieuse à localisation encéphalique (fièvre, délire onirique, confusion mentale), on trouve quelques symptômes caractéristiques (insomnie persistante, secousses musculaires dans une cuisse, vertige, et surtout une convalescence longue, traînante, avec des rechutes). Le syndrome parkinsonien fait son apparition dès cette période aiguë; travaille plus lentement dès son retour. Un certificat du docteur TRONCHE (de La Réole) qui a soigné A... en septembre 1919, dit qu'à ce moment il était

réduit à un extrême degré de faiblesse avec des troubles nerveux. Sa santé ne s'est jamais complètement rétablie.

OBSERVATION XXXVII

D... L, 37 ans, de Bordeaux, ancien garçon boucher.

a) *Rapport de M. le docteur Molin de Teyssieu, août 1924.*

Evacué en 1916 et en 1918 pour asthénie nerveuse. Blessé par un éclat d'obus dans la région de la nuque. Démobilisé en 1919. Jamais d'épisode fébrile. La maladie a commencé par des tremblements des jambes qui se sont généralisés.

Conclusion. — Séquelles d'encéphalite épidémique type pseudo-parkinsonien. Maladie sans relation avec la blessure et les troubles nerveux de 1916, car les premiers cas signalés sont postérieurs à cette date. Il est peu vraisemblable que l'évolution soit aussi lente et que depuis huit ans revendication pécuniaire seulement aussi tardive.

Le rapport suivant donne des précisions sur la maladie de 1918 dont il n'est pas question dans les conclusions précédentes.

b) *Rapport de M. le docteur Labuchelle, juin 1927.*

D... L, 39 ans.

Juillet 1916, évacué pour asthénie. Excellente santé ensuite jusqu'en 1918.

Mars 1918, maux de tête, insomnie; de temps en temps, voyait double. Hôpital n° 51 diagnostic : « Asthénie, bronchite légère gauche ». Puis hôpital de Guéret jusqu'au 23 avril 1918; diagnostic : « Entérite ». Continue à voir double, céphalée, insomnie, diarrhée, bavait en dormant, commence à trembler.

Revient au régiment. Voyait encore double. Tremblait (gêne pour monter sa montre) : on lui donne du bromure.

28 juillet 1918, éclat d'obus à la nuque (superficiel). Tremblait toujours (on dit que c'est la fatigue). Démobilisé le 11 juillet 1919. Ne peut plus travailler régulièrement depuis. Gêné pour couper la viande car il tremble (s'est déjà coupé une fois).

Conclusion. — En 1918, on reconnaît une encéphalite à forme atténuée. Il y a de la diplopie, de l'insomnie, des tremblements, un ralentissement léger des mouvements et une asthénie intense. Il y a eu continuité sans période intermédiaire.

D'ailleurs, le malade ne décrit pas les symptômes spontanément. Il fallait les lui arracher. Son récit n'est en contradiction avec aucun document. Le docteur MOLIN DE TEYSSIEU ne signale pas la maladie de mars 1918. Les conclusions utilisent un fait nouveau, Imputabilité. Taux 90 %.

5) *Imputabilité accordée*

sans diagnostic précis d'encéphalomyélite.

Nous allons maintenant lire l'observation d'un homme dont l'histoire clinique officielle, si l'on peut dire, c'est-à-dire les billets et observations d'hôpitaux, n'ont pu être retrouvés. Un premier expert ne peut alors donner réponse affirmative; cette absence ne suffit point au deuxième expert qui rassemble des certificats grâce au maire de la commune et acquiert la conviction que le début de la maladie date bien du service.

OBSERVATION XXXVIII

J... Auguste, de La Gorce (Gironde).

a) *Rapport de M. le docteur Molin de Teyssieu, avril 1924.*

J... Auguste, mobilisé en 1917, démobilisé en juin 1920. Malade en janvier 1920 (bronchite et anémie). Rentré chez lui en juin

1920. Demande une pension en février 1924. Un certificat médical (de janvier 1924) dit que pendant ces trois dernières années il a présenté plusieurs poussées aiguës de mélancolie. Pas de diplopie, mais de la somnolence.

Conclusion. — Séquelles évolutrices d'encéphalite épidémique type pseudo-parkinsonien. Impossible, en l'absence de toute pièce d'origine, de se faire une opinion exacte sur la date de l'infection causale qui paraît cependant postérieure à la démobilisation.

b) *Rapport de M. le docteur Galtier (1926).*

J..., 28 ans.

Fin 1919, à Mayence, est pris de troubles fébriles. L'hôpital de Mayence ne possède aucun renseignement, pas même de bulletin d'entrée. Il existe simplement un témoignage d'un camarade qui a vu J... à l'hôpital : il était très agité et délirant ; on avait dû l'isoler. Un mois d'hospitalisation ; puis congé de convalescence que J... va passer chez lui. M. le Maire de la commune fournit une série de certificats émanés de son patron et de voisins desquels il résulte que J... ne montrait plus l'activité au travail qu'il avait avant sa mobilisation. Il revient au Corps pour deux mois. Un camarade déclare que, comme aide-cuisinier, il ne pouvait faire aucun travail. « Il était tout à fait changé ». J... rentre chez lui et se montre incapable de reprendre ses occupations de domestique agricole. Un médecin qui le vit à ce moment incidemment constata que J... avait des mouvements lents et paraissait un peu stupide. Il se maria néanmoins et a actuellement un fils âgé de trois ans bien portant.

Progressivement, J... devint plus inactif. On le trouvait « comme endormi » le long des fossés ou dans les champs, « l'air ahuri ». Il présenta alors du tremblement. Il fut envoyé à l'hôpital Saint-André dans le service du Professeur VERGER.

Conclusion. — Actuellement, parkinson caractéristique. L'expert conclut ensuite que le début des troubles date bien du séjour à Mayence sans aucun doute, ce qui implique l'imputabilité au service.

Suivent maintenant deux expertises faites par M. le docteur Lucien MAYET (de Lyon).

OBSERVATION XXXIX

G... Marcel, demeurant à Valence, 32 ans.

(Rapport daté de mai 1927.)

Parti en 1915. Reste sur le front français (Verdun) jusqu'au 1^{er} janvier 1917, puis dirigé sur l'armée d'Orient jusqu'en juillet 1918. Démobilisé en septembre 1919.

Au mois de février 1916, est hospitalisé à Vaucouleurs pour « grippe » (infection indéterminée avec troubles nerveux). A signaler que, durant son séjour aux armées, il fut exposé aux fatigues et aux intempéries des troupes combattantes.

Le 11 mars 1924, la Commission de réforme de Valence reconnaissait G... atteint d'« hémi-parésie droite non imputable ». Décision conforme du Ministre des Pensions contre laquelle il a été formé recours par G... G... déclare que s'il n'a rien réclamé en temps utile, quoique déjà malade, c'est qu'il mettait un point d'honneur à ne pas parler de malaises qu'il espérait passagers. Il a fallu l'aggravation de son état pour le décider à demander la pension qui lui est contestée.

Etat actuel. — On élimine l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis. Le diagnostic s'oriente vers deux divisions : sclérose en plaques et troubles neuro-psychiques post-encéphalitiques. En faveur du « syndrome post-encéphalitique », peut être invoqué l'absence de symptômes oculaires autres qu'un peu de paresse pupillaire, les céphalées, les vertiges, une ébauche d'aspect figé, les reliquats des troubles hémi-parétiques droits signalés, l'asthénie, les troubles psychiques à forme dépressive. Encore que dans le cas particulier l'une ou l'autre étiquette ne modifie guère l'interprétation étiologique militaire à donner; on est conduit à admettre une ancienne infection, remontant à plusieurs années, développée au cours de la guerre, soit même auparavant.

La grippe de 1916 a parfaitement pu être l'infection initiale par le virus encéphalitique. C'est, en effet, dans la région de Verdun, à ce même moment, que le professeur CRUCHET a signalé les premiers cas français de cette infection encore inconnue chez nous.

Etant éliminées, les causes d'atteinte récente du système ner-

veux, on se trouve conduit, de par l'examen minutieux de l'état actuel, à une seule notion étiologique : celle d'une infection probablement spécifique (encéphalomyélite épidémique, sclérose en plaques) remontant à la période 1916-1918, peut-être plus ancienne et antérieure à l'incorporation (auquel cas : imputabilité au titre de maladie aggravée).

Quel que soit le diagnostic que permettra de vérifier l'évolution ultérieure, l'imputabilité au service militaire de guerre, par origine ou par aggravation, ne saurait être contestée car l'origine probablement infectieuse de l'état actuel de G..., est avec certitude antérieure à sa démobilisation.

OBSERVATION XL

T... Auguste-Baptiste, demeurant à Valence (*rapport daté du 22 janvier 1926*).

T..., récupéré en mars 1917, est envoyé en Orient en juillet 1918, rapatrié le 2 février 1919, démobilisé le 21 février 1919. Atteint, à Salonique de paludisme peu intense. A eu des accès en 1919 et 1920.

Dans le courant de 1920, premiers signes de parkinsonisme. M. le docteur BÉRIEL, de Lyon, rédige un rapport se terminant ainsi :

« Au point de vue de l'origine, il est certain que l'affection a débuté depuis plusieurs années (deux à trois ans) dans l'état actuel de nos connaissances, la maladie de Parkinson devant être considérée comme la résultante d'infections ou d'intoxications variables. Le paludisme dont le sujet a été atteint en 1918 doit être considéré comme une des causes de la maladie dans ce cas particulier. »

Mais l'imputabilité au service fut repoussée, d'où l'instance actuelle. Le commissaire du gouvernement fait remarquer que la maladie de Parkinson ne bénéficie pas de la présomption légale et que le rattachement des troubles nerveux au paludisme est purement hypothétique.

Discussion : 1° Existe-t-il une relation entre la maladie de Parkinson et le paludisme de T... ? Cette relation est très rare et d'ailleurs, dans ce cas, l'infestation par l'hématozoaire de Lavéran a

été des plus bénignes, et il n'en reste plus trace. Un paludisme capable de désorganiser les noyaux gris de l'encéphale laisserait le malade encore fortement stigmatisé. D'où absence de lien;

2° La grande cause des « états parkinsoniens » est l'encéphalomyélite épidémique, et T... a pu en avoir une atteinte fruste confondue avec des malaises d'ordre banal.

Il sera objecté : le parkinsonisme se développe souvent avant même que l'infection encéphalitique soit éteinte; donc, T... étant devenu parkinsonien dix-huit mois après sa démobilisation, on ne peut invoquer la maladie contractée ou aggravée au cours du service.

Il sera répondu : Infiniment plus nombreux sont les états parkinsoniens post-encéphalitiques qui se présentent tardifs, après deux, trois, quatre, jusqu'à huit et dix ans. M. le docteur MAYET a la conviction formelle qu'on ne réalise pas une maladie de Parkinson type chronique, diagnostiquée en 1920, sans que son origine vraie remonte à plusieurs années.

Scientifiquement, il serait difficilement soutenable que l'infection causale soit survenue après le 21 février 1919, date de la démobilisation de T...

Conclusion. — L'encéphalite épidémique, infection causale, vraisemblablement passée inaperçue, est survenue durant les vingt et un mois de service, auquel cas « maladie contractée »; ou avant l'incorporation, auquel cas « maladie aggravée ». Dans l'un et l'autre cas, l'état pathologique en cause ici comporte par lui-même la preuve de son imputabilité.

Nous avons vu la question « d'imputabilité par aggravation » entrer en jeu. Certains experts n'ont pas cru devoir l'impliquer. Mais M. le docteur MAYET fait une analogie fort juste :

« Un état parkinsonien tardif est imputable exactement comme on a admis l'imputabilité du tabès, de la paralysie générale « aggravée » du fait du service chez des centaines et des centaines de pensionnés dont le seul titre de gloire fut de contracter la syphilis quelques années avant 1914. »

TROISIEME PARTIE

L'encéphalomyélite est diagnostiquée postérieurement à la démobilisation.

Sous ce titre, beaucoup pourront penser qu'on ne doit point classer de rapports dont les conclusions soient positives.

M. le Professeur EUZIÈRE déclare lui-même : « Comme le plus souvent, de leur propre aveu, la date de l'atteinte encéphalitique a pu être placée après leur retour dans leur foyer, il n'y a pas eu de problème médico-légal. Mais il y a un petit point qui montre le manque d'équité de la manière d'opérer actuelle. J'ai dans mon service actuellement un jeune homme qui fait du parkinson post-encéphalitique; il a été mobilisé après la guerre, n'a donc jamais fait campagne; il est resté soldat fort peu de temps, mais aura une pension, alors qu'un pauvre bougre qui a fait toute la campagne, mais a été assez dépourvu du sens de l'opportunité pour tomber malade après sa libération, ne touchera rien. »

Ce qui revient à dire que, en toute justice, c'est le facteur étiologie qu'il faut bien déterminer. Sans mettre en œuvre une question de pitié, ne peut-on pas penser que l'affaiblissement de l'organisme imposé par le surmenage ou une maladie contractée pendant la guerre n'est pas

quelquefois une cause favorisante de l'infection qui n'aurait jamais apparu sans cela ?

Nous avons personnellement entendu un médecin déclarer que tous les combattants avaient été soumis aux fatigues et aux privations de la guerre et que cela n'était point une raison pour accorder une pension : ce qui reviendrait peut-être à dire qu'on ne devrait point secourir les mutilés sous prétexte que tous ceux qui ont été sur le front ont été sous le feu de l'ennemi et auraient pu aussi bien être blessés.

Voici, à ce sujet, ce qu'écrivit dans un rapport le docteur Lucien MAYET :

« Il est scientifiquement impossible de dire encore aujourd'hui comment se transmet le virus encéphalitique, quelle est la durée de la période d'incubation qui précède les premières manifestations morbides apparentes. Nous savons que la contagion directe, telle que nous la voyons s'effectuer pour la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, par exemple, est très rare dans l'encéphalite. Alors, quand le malade contracte-t-il sa maladie ? Combien de jours, de semaines, de mois peut-être après le contagage se révèle-t-elle ? Nul ne peut le dire. Le virus encéphalitique, encore bien mal connu, persiste un temps pour ainsi dire indéfini dans l'organisme humain. Ne peut-il s'y trouver à l'état latent pendant un temps très long ? Nous ne le savons pas, c'est possible.

« — Donc, sera-t-il objecté, la preuve d'une contamination avant la démobilisation n'est pas apportée.

» — Sans doute, mais de votre côté vous ne pouvez scientifiquement apporter aucun argument pour la thèse contraire.

» Mais s'il peut subsister quelque incertitude sur le moment de la contamination, il ne saurait y en avoir aucun sur l'influence favorisante des fatigues du service. Il a pu paraître scandaleux, dans des cas trop fréquents, de les invoquer pour des tuberculeux ex-soldats n'ayant

fait à peu près aucun service, ou à l'appui d'infirmités datant de l'enfance chez des sursitaires agricoles. Il serait plus inadmissible d'en refuser le bénéfice à ceux qui ont mené la vie du combattant durant toute la guerre qui, si elle n'a pas entraîné d'atteinte pathologique immédiate au cours de celle-ci, a de toute évidence rendu l'organisme moins résistant d'année en année. »

Observations.

Rappelons ici l'observation 4 citée plus haut avec les différentes interprétations qu'on peut donner suivant les « points de vue ».

Nous allons énumérer maintenant deux rapports de M. le docteur MOLIN DE TEYSSIEU.

OBSERVATION XLI

M... Pierre, 25 ans, de Bordeaux.

Parti au front en 1916. Prisonnier en juin 1918. Malade en août 1918 : anémie cérébrale. Rentre en France en novembre 1918. Démobilisé en septembre 1919. Aurait eu une encéphalite léthargique en décembre 1919.

Actuellement (février 1921), présente des séquelles d'encéphalite épidémique type pseudo-parkinsonienne.

Conclusion. — Encéphalite contractée postérieurement à la démobilisation. Ne peut, même par présomption légale, être imputée.

N. B. — La pension a été accordée.

OBSERVATION XLII

D... Pierre, 28 ans, cultivateur.

Mobilisé en 1915. Blessé le 16 avril 1917 à la cuisse droite. Gagé le 30 septembre 1918. Démobilisé en août 1919. Reprend son travail. En janvier 1920, encéphalite probable (diplopie, céphalée,

somnolence). Depuis ce moment, est roide et s'est mis à trembler progressivement.

Actuellement (mai 1923), présente des séquelles d'encéphalite épidémique type pseudo-parkinsonien.

Conclusion. — L'infection causale est en 1920. Il n'y a pas de présomption d'imputabilité.

Voici, au contraire, une expertise du Docteur MAYET dont on vient de lire l'opinion tout à l'heure.

OBSERVATION XLIII

R.. Eugène (*rapport daté de novembre 1927*).

Fait toute la guerre, sauf trois mois de blessure, au front français. A obtenu six citations, la croix de guerre, la médaille militaire, la croix de guerre belge, la military medal, etc... A l'inverse d'une foule de réclamants, les fatigues et les dangers du service ont été réels pour R..., et c'était à souligner dès le début.

Démobilisé le 3 août 1919, il présentait, dès le mois d'octobre suivant, une atteinte subaiguë d'encéphalomyélite. En février 1922, apparurent des troubles nerveux aboutissant peu à peu à la constitution d'une hémiparésie droite. R... demanda une pension le 23 mars 1923. La Commission de réforme de Lyon admettait l'imputabilité.

La Commission consultative médicale rejeta l'imputabilité car « il n'est pas possible de rattacher une maladie actuelle de la moelle épinière à une éraflure de la tête datant de 1916... » La question était par trop déplacée. M. le Commissaire du gouvernement se borne à reproduire l'argumentation déficiente de la Commission consultative médicale.

M. R... soutient que les dures conditions dans lesquelles il a fait la guerre sont la condition provocatrice vraie de son état de santé actuel, soit que l'infection devenue apparente en octobre 1919 ait été contractée avant la démobilisation, soit que la germination infectieuse ait commencé seulement en août ou en septembre et n'ait pu évoluer qu'en raison de la défaillance organique après cinq années sous les drapeaux dont quatre en ligne.

Conclusion. — Les troubles parkinsoniens présentés par R...

Eugène sont la conséquence directe d'une encéphalomyélite infectieuse survenue trois mois après sa démobilisation.

Il est plausible que le début de l'infection remonte avant le 3 août 1919, date de la démobilisation. Scientifiquement, on ne peut l'affirmer, mais il n'est pas davantage possible d'affirmer que la contamination s'est faite seulement après la démobilisation,

Si l'on conteste le moment du début réel, il reste indéniable que les fatigues du service — terme pris ici dans son acception la plus vraie et non comme un mot vide de sens — ont favorisé le développement du virus encéphalitique par affaiblissement du terrain organique.

Il est donc logique, plus encore, il est équitable et conforme à ce que nous pouvons savoir des séquelles de guerre, d'admettre l'imputabilité au service, de l'encéphalomyélite d'octobre 1919 et, par son intermédiaire, des troubles parkinsoniens qui en sont l'expression chronique actuelle.

La blessure reçue à la tête n'a pas à être invoquée ici, sinon pour expliquer autrement que par une simple coïncidence la localisation à droite des accidents morbides.

Cette conclusion est logique; l'expert a bien fait ressortir les fatigues du service, terme évidemment trop souvent employé à tort, qui, dans certains cas, ont eu véritablement une répercussion très nette sur l'organisme.

En terminant, nous citerons un rapport où il est question du paludisme qui joue le rôle de circonstance favorisante. Des histoires analogues avaient été racontées dans les observations 31, 32, 33.

OBSERVATION XLIV

G... Louis, de Mauvezin (Gers).

G..., étant en Orient, contracte le paludisme en mars 1918. Traité à Salonique pour accès paludéens à type subintrant, il était évacué en France où, peu à peu, les accès s'espacèrent. Ils avaient déterminé néanmoins un degré d'asthénie marqué constaté par la Commission de réforme de Toulouse en juin 1920, avril 1921

et février 1922. Le taux de la pension diminua progressivement avec l'atténuation des accidents.

En janvier 1925, la Commission de réforme constata un syndrome parkinsonien des plus nets et conclut à l'octroi par aggravation d'une pension temporaire égale à 80 %. La Commission consultative médicale du ministère des Pensions rejeta cette décision car : en ce qui concerne le parkinsonisme, l'intéressé ne bénéficie pas de la présomption d'origine.

G... fait appel.

a) *Rapport du docteur Robert, directeur de l'asile des aliénés
du département du Gers. (octobre 1926.)*

L'expert déclare que le syndrome parkinsonien de G... provient d'une encéphalomyélite qu'il recherche dans les antécédents.

En février-mars 1920, G... a présenté un état fébrile (39 à 40° tous les jours), ayant duré une cinquantaine de jours avec de la céphalée, délire onirique, somnolence, alternant avec des périodes d'excitation, fourmillements, secousses musculaires « comme s'il était électrisé », dit le malade. La convalescence fut longue et marquée par un état d'irritabilité avec faiblesse générale, insomnie. Un an après environ, apparaissent des tremblements dans les membres supérieurs.

Conclusion. — L'expert conclut ainsi :

1° Il n'y a pas de relation de cause à effet entre le paludisme contracté pendant la guerre et le syndrome parkinsonien dont il est atteint actuellement;

2° Cette dernière affection est la conséquence d'une grave atteinte d'encéphalite épidémique qui se place en 1920;

3° L'évolution de cette affection accidentelle a pu être influencée par le fait qu'elle se développait chez un sujet dont la résistance était diminuée par une longue atteinte de paludisme;

4° Il y a lieu de faire bénéficier G... de cette circonstance de fait et de lui reconnaître le droit à une pension temporaire dont le taux d'invalidité sera laissé à l'appréciation du Tribunal des pensions, suivant la jurisprudence adoptée dans des cas analogues sans origines, mais développés sur des sujets amoins.

dris dans leur résistance du fait d'une affection contractée pendant la guerre.

Cette conclusion ne satisfait point la Cour Régionale des Pensions qui déclara dans son jugement :

« Attendu que G..., ne bénéficiant pas, ainsi qu'il a été dit, de la présomption légale, un doute, une probabilité, une hypothèse ne sauraient permettre au juge de décider. Qu'il doit rechercher dans les faits tout au moins une quasi-certitude, laquelle ne saurait être déclarée dans l'espèce fautive d'éléments suffisants... »

La Cour décida donc de désigner un autre expert.

b) *Rapport de M. le Professeur Cruchet (17 juin 1927).*

L'expert déclare que ne pas trouver de relation de cause à effet entre le syndrome parkinsonien actuel et le paludisme^a du sujet paraît discutable, pour deux raisons :

1° Il ne faut pas oublier que G... a dû être évacué d'Orient en mai 1918 pour paludisme grave et qu'il n'a cessé, depuis son retour en France, d'être sujet, malgré les traitements successivement institués, à de nouveaux accès paludéens. Après sa démobilisation, chez lui, il a trois nouveaux accès, en septembre, octobre et novembre 1919. Comment pouvoir affirmer que les accès de janvier-février 1920 n'ont aucun rapport avec le paludisme et sont exclusivement de la fièvre encéphalitique ? Il est toujours difficile dans les processus d'association de faire la part exacte de ce qui revient à chacun des facteurs associés. D'autant que le 4 juin 1920 suivant, la Commission de réforme admet la persistance de séquelles de paludisme; et ces reliquats de paludisme sont encore confirmés par de nouveaux procès-verbaux des Commissions de réforme des 23 avril 1921, 2 février 1922, 3 janvier 1923, 6 février 1924;

2° D'autre part, même en admettant l'indépendance des deux maladies considérées : paludisme et encéphalite, il est impossible de ne pas tenir compte de l'existence de la maladie antécédente; c'est-à-dire du paludisme. Car nous pouvons estimer, non sans raison, que si le sujet n'avait pas été préalablement débilité par

cette infection paludéenne dont il n'est point débarrassé d'ailleurs, il aurait pu victorieusement résister à l'atteinte du virus encéphalitique et ne pas être contaminé, par conséquent, ne pas avoir à en déplorer les suites bradykinétiques ou parkinsoniennes.

L'importance du facteur paludisme demeure donc primordiale et maintient, en définitive, les relations de cause à effet entre la maladie originelle, contractée au front, et la maladie parkinsonnienne actuelle.

Conclusions. — L'état actuel de l'intéressé doit être rattaché au service, le paludisme qu'il a contracté aux armées d'Orient, de quelque façon qu'on envisage son action, suffisant à expliquer la relation de cause à effet.

Conclusions.

Les séquelles de l'encéphalomyélite épidémique et, notamment, du syndrome parkinsonien, le plus fréquent d'entre elles, sont parmi les questions les plus discutées devant les tribunaux des pensions pour les raisons que nous avons essayé de déterminer et qui sont les suivantes :

I. — Le diagnostic des séquelles n'est pas établi. On pense à la simulation, à l'hystérie ou au pithiatisme, à la sclérose en plaques.

II. — Les séquelles sont observées au cours de la mobilisation, mais le diagnostic de leur origine encéphalomyélique est rétrospectif.

En ce cas, deux opinions se manifestent dans les expertises :

1) L'expert estime qu'il y a relation de cause à effet entre la séquelle et l'origine encéphalomyélique de la maladie : il conclut alors à la légitimité d'une pension ;

2) L'expert émet des conclusions négatives ; il n'y a pas pour lui de relation de cause à effet, et il propose le refus de la pension ;

3) La difficulté de l'appréciation est parfois si grande que les rapports positifs pour certains experts deviennent négatifs pour d'autres et réciproquement.

Suivant les cas et les auteurs, la grippe, le paludisme, la fatigue, l'asthénie, la fièvre, les troubles oculaires, les traumatismes, les commotions, etc., sont invoqués comme origine réelle, ou simplement comme cause favorisante, ou sont considérés comme sans rapport avec les séquelles encéphalomyéliques survenues ultérieurement.

III. — Le diagnostic des séquelles peut n'être porté

qu'après la démobilisation. Les mêmes problèmes se posent et donnent lieu aux mêmes difficultés, encore accrues. Un examen attentif des antécédents sera indispensable et la relation de cause à effet devra être recherchée avec le plus grand soin.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
R. CRUCHET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 12 Décembre 1928
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

Imprimerie
René SAMIE
21, 23, r. Teulère
BORDEAUX

